



**Who should complete this form?**

This form should be completed by a person with a disability, illness or injury who is looking for work and is applying for a Centrelink payment or claiming a pension from another country.

Please return the completed form **within 28 days** of receiving it, to ensure that you get assistance from the earliest date possible.

**¿Quién debe rellenar este formulario?**

Este formulario deberá ser rellenado por una persona afectada por una discapacidad, enfermedad o lesión, que busca trabajo y que solicita algún pago de Centrelink o está tramitando una pensión de otro país.

Para asegurar que reciba asistencia lo más pronto posible, se ruega devolver el formulario rellenado **dentro de 28 días** de haberlo recibido.

**1 Customer details**  
**Datos del solicitante**

Centrelink Reference Number (if known)  -  -  -   
Número de Referencia de Centrelink (si lo sabe)

Family name   
Apellidos

Maiden name (if applicable)   
Apellido(s) de soltera  
(si corresponde)

Previous married name (if applicable)   
Apellido(s) de casada anterior  
(si corresponde)

Other aliases (if applicable)   
Otros alias (si corresponde)

Given name(s)   
Nombre(s)

Date of birth  Day/Día / Month/Mes / Year/Año  Male /  Female  
Fecha de nacimiento  Hombre /  Mujer

Address   
Dirección   
  
Postcode   
Código postal

Is there a telephone number we can contact you on? No   
No  
¿Tiene algún número de teléfono al que podemos llamarle? Yes  (  )  
Sí

Do you need an interpreter? No   
No  
¿Necesita un intérprete? Yes  Preferred language  
Sí Idioma preferido

**2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have**  
**Indique todas las discapacidades, enfermedades o lesiones que padezca**



CLK0AUS142ES 1807

**3** When did these disabilities, illnesses or injuries start to make it difficult for you to work or study full-time?

Month/Mes	/	Year/Año
-----------	---	----------

OR/O

**¿Cuándo notó que su discapacidad, enfermedad o lesión le impedían trabajar o estudiar con dedicación completa?**

I have had my disabilities or illnesses since birth   
Mis discapacidades o enfermedades son de nacimiento

**4** Are you getting any treatment for your disabilities, illnesses or injuries?

No   
No

Yes  **►**  
Sí

Please give details  
Consigne los datos aquí

e.g. medication, physical therapy, counselling

**¿Está recibiendo tratamiento para sus discapacidades, enfermedades o lesiones?**

Por ej. medicamentos, fisioterapia, consejería


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

**5** Have you ever been hospitalised because of these disabilities, illnesses or injuries?

No   
No

Yes  **►**  
Sí

Date of last admission  
Fecha del último ingreso

Day/Día	Month/Mes	Year/Año
/	/	/

Name of hospital  
Nombre del hospital

--

Duration of stay  
Duración del ingreso

From  
Del

To  
Al

Day/Día	Month/Mes	Year/Año
/	/	/

Day/Día	Month/Mes	Year/Año
/	/	/

Reason for admission  
e.g. operation, investigation, treatment

Motivo del ingreso por  
ej. operación, pruebas,  
tratamiento


Number of admissions in the last 5 years  
Número de ingresos en los últimos 5 años

--

**6** Are you expecting to have an operation in the future?

No   
No

Yes  **►**  
Sí

Type of operation/procedure  
Tipo de  
operación/intervención


Expected date (if known)  
¿En qué fecha? (si se sabe)

Day/Día	Month/Mes	Year/Año
/	/	/

Where will operation take place  
(if known)  
¿Dónde se hará la operación?  
(si se sabe)


Reason for operation  
Motivo de la intervención


**7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to:  
¿Con qué frecuencia su discapacidad, enfermedad o lesión dificultan las siguientes actividades?:**

no problem    sometimes    often    all the time  
ningún problema    a veces    a menudo    siempre

**Please give further details (if applicable)  
Dé más datos (si corresponde)**

sit sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stand pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
walk caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
climb stairs subir las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drive a car conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
use public transport usar transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pick up objects recoger objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handle objects manipular objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lift levantar pesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
carry llevar pesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bend doblarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
operate everyday appliances or machinery utilizar aparatos comunes o maquinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
read leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
write escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
speak hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hear oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
concentrate concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
remember recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interact with others relacionarse con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attend work or other appointments acudir al trabajo o a citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
understand or follow instructions entender o seguir instrucciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sleep dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
breathe respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manage your personal affairs llevar sus asuntos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
care for yourself* cuidar de sí mismo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
care for others cuidar de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* If you have someone caring for you full-time, they may be eligible for a payment for carers. *Please contact International Services if you need further details.*  
\* Si necesita los cuidados continuos de alguien, esa persona puede tener derecho a percibir un pago para cuidadores. *Para obtener más información, póngase en contacto con International Services.*

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:		no	sometimes	often	all the time	Please give further details (if applicable) Dé más datos (si corresponde)
En el trabajo, ¿sus discapacidades, enfermedades o lesiones hacen difícil que pueda:		no	a veces	a menudo	siempre	
A	interact with others? relacionarse con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? mantener un comportamiento correcto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? enfrentar el estrés o presiones del trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? aprender nuevas tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? acordarse de cómo llevar a cabo las tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	understand and follow instructions? entender y seguir las instrucciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	concentrate? concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? seguir esforzándose en las tareas sin interrupciones imprevistas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? emprender más de una tarea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? atender sus necesidades personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? físicamente completar las tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? desplazarse sin riesgos en el lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? comunicarse con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? controlar su lenguaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**9 Who is the doctor who you usually see about your disabilities, illnesses or injuries?**  
 e.g. your general practitioner.  
**Datos del médico que consulta generalmente sobre sus discapacidades, enfermedades o lesiones**  
 p.ej. su médico clínico.

Name / Nombre:

Address / Dirección:

Postcode / Código postal:

Telephone / Teléfono: (  )

Do you give permission for us to contact this person? / ¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona? No  Yes   
 No No Sí Sí

**10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?**  
 ¿Ha recibido tratamiento de algún especialista u otro médico para dichas discapacidades, enfermedades o lesiones?

No   
 No No

Yes  **1** Name / Nombre:

Address / Dirección:

Postcode / Código postal:

Telephone / Teléfono: (  )

Date of last visit / Fecha de la última consulta: Day/Día / Month/Mes / Year/Año /

Conditions for which you were treated / Afecciones por las que recibió tratamiento:

*If you have specialist reports, please attach copies.  
 Si tiene informes de especialistas, adjunte copias.*

**11 Is there anybody else you have consulted or that has assisted you with any of your disabilities, illnesses or injuries?**  
 e.g. • counsellor  
 • social worker  
 • community health worker  
 • teacher  
 • psychologist  
 • physiotherapist  
**¿Ha consultado alguna otra persona o alguien lo ha atendido por alguna de sus discapacidades, enfermedades o lesiones?**  
 p.ej. • consejero  
 • asistente social  
 • trabajador comunitario de la salud  
 • docente  
 • psicólogo  
 • fisioterapeuta

No   
 No No

Yes  **1** Name / Nombre:

Profession / Profesión:

Address / Dirección:

Postcode / Código postal:

Telephone / Teléfono: (  )

Do you give permission for us to contact this person? / ¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona? No  Yes   
 No No Sí Sí

**2** Name / Nombre:

Profession / Profesión:

Address / Dirección:

Postcode / Código postal:

Telephone / Teléfono: (  )

Do you give permission for us to contact this person? / ¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona? No  Yes   
 No No Sí Sí

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
 Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

**12 Is there any other information you feel we need to know about your disabilities, illnesses or injuries?**  
**¿Hay algún dato más que desee consignar sobre sus discapacidades, enfermedades o lesiones?**

No   
 No

Yes  Please give details  
 Sí  Consigne los datos aquí


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
 Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

**13 School or full-time education details**  
**Datos del colegio o estudios con dedicación completa**

How old were you when you left school or full-time education?

	years old años de edad
--	---------------------------

¿A qué edad finalizó los estudios?

Year of leaving school/education

--

Año en que dejó el colegio/los estudios

What grade/year did you reach?

--

¿Qué estudios realizó?

What is the highest educational qualification you obtained?


e.g. Year 10 Certificate, Higher School Certificate, Degree

Indique su titulación académica más alta p.ej. Certificado de ciclo básico secundario, Estudios secundarios completos, diploma.

**14 Have you gained any other qualifications, skills or experience?**

No   
 No

Yes  Please give details  
 Sí  Consigne los datos aquí

Include things like voluntary work, courses, trade tickets, licences, diplomas, tertiary qualifications.

**¿Ha recibido otro tipo de formación?**

Por ej. trabajo voluntario, cursos de aprendizaje, permisos o licencias, diplomas, estudios universitarios.


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
 Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

**15 Have you ever worked?**  
**¿Ha trabajado alguna vez?**

No   
 No

Yes  What date did you last work?  
 Sí  ¿En qué fecha dejó de trabajar?

Month/Mes	/	Year/Año
-----------	---	----------



**18** Have you participated in any programs to help you find work, stay in a job, return to work, manage your injury or help you with vocational rehabilitation, gaining new skills, work experience or training?

No

No

Yes  **►**  
Sí

**¿Ha participado en algún programa de ayuda para encontrar trabajo, mantener un empleo, regresar al trabajo, manejar sus lesiones o de ayuda para la rehabilitación profesional, obtener nuevas capacidades, experiencia laboral o formación?**

**1** Name of provider   
Nombre del proveedor

Type of program   
Tipo de programa

Dates you participated From  To   
Fechas de participación Del  Al

Day/Día / Month/Mes / Year/Año Day/Día / Month/Mes / Year/Año

**2** Name of provider   
Nombre del proveedor

Type of program   
Tipo de programa

Dates you participated From  To   
Fechas de participación Del  Al

Day/Día / Month/Mes / Year/Año Day/Día / Month/Mes / Year/Año

*Attach any documentation you have which provides details of your participation in the program, including when the program started and finished, the requirements of the program, what activities you undertook while in the program and for how long.*

*Adjunte toda documentación que dé datos de su participación en el programa, incluso fechas de inicio y finalización del programa, requisitos del programa, actividades que usted realizó durante el programa y por cuánto tiempo.*

**19** Is there any reason why you could not do a rehabilitation or training program in the future?

No

No

Yes  **►**  
Sí

**¿Existe alguna causa que le impida en el futuro participar en algún programa de rehabilitación o capacitación laboral?**

Is this because you are about to have other treatment?  
¿Es esto debido a que está por recibir otro tratamiento?

No   
No

Yes  **►** Please give details  
Sí Consigne los datos aquí

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

Is this drug or alcohol related?

¿Se debe a problemas con el alcohol o las drogas?

No   
No

Yes   
Sí

Is there another reason?

¿Existe algún otro motivo?

No   
No

Yes  **►** Please give details  
Sí Consigne los datos aquí

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*



**20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?  
**¿Cuándo piensa que podrá iniciar el trabajo o estudio con dedicación parcial o completa?**

now   
ahora

6–12 months   
6–12 meses

more than 2 years   
más de 2 años

within 6 months   
en 6 meses

12–24 months   
12–24 meses

never   
nunca

**21** Did someone help you complete this form?  
**¿Le ayudó alguien a cumplimentar este formulario?**

No   
No

Yes  Who helped you?  
Sí ¿Quién le ayudó?

Name  
Nombre

Address  
Dirección

  

---

  

---

Postcode  
Código postal

Telephone  
Teléfono

Do you give permission for us to contact this person?  
¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona?

No   
No

Yes   
Sí

**22** IMPORTANT INFORMATION  
**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**Privacy and your personal information**

Your personal information is protected by law (including the *Privacy Act 1988*) and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department, or given to other parties where you have agreed to that, or where it is required or authorised by law (including for the purpose of research or conducting investigations).

You can get more information about the way in which the department will manage your personal information, including our privacy policy, at [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

**La privacidad y su información personal**

Su información personal está protegida por la legislación (incluyendo la Ley de Privacidad de 1988 (*Privacy Act 1988*)) y el Department of Human Services del Gobierno de Australia la compila para fines de evaluación y administración de pagos y servicios. Esta información es necesaria para tramitar su solicitud o reclamo.

Su información puede ser utilizada por el Departamento o suministrada a otros interesados cuando usted lo haya autorizado, o cuando así lo exija o autorice la ley (incluso para fines de estudio o investigación).

Para obtener mayor información sobre la forma en que el Departamento manejará su información personal, incluyendo nuestra normativa de privacidad, consulte [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

**23** Your statement

If the customer cannot sign this form, it should be signed by their legal representative and a copy of their guardianship or power of attorney papers should be attached.

**Declaración**

En caso de que el/la solicitante no pudiera firmar este formulario, deberá hacerlo su representante legal, adjuntando una copia de la tutela o del poder notarial que corresponda.

**I declare that:**

**I understand that:**

**Declaro que:**

**Comprendo que:**

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- la información que he dado es correcta.
- proporcionar información falsa o engañosa constituye un delito grave.

**Your signature**  
**Firma**

Date  
Fecha

Day/Día / Month/Mes / Year/Año

**Return this form to:**

**Department of Human Services  
International Services  
PO Box 7809  
Canberra BC ACT 2610  
AUSTRALIA**

**Enviar por correo a:**

**Department of Human Services  
International Services  
PO Box 7809  
Canberra BC ACT 2610  
AUSTRALIA**

- 1 Check that you have read and signed your statement above.
  - 2 Attach any further information you feel supports your application. If you cannot provide all of the documents immediately, do not delay returning your form. Please supply any remaining documents as soon as possible to Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA.
- 1 Compruebe que haya leído y firmado la declaración de más arriba.
  - 2 Adjunte toda la información que estime necesaria para respaldar su solicitud. Envíe el formulario cuanto antes, sin esperar a tener toda la documentación lista. Envíe los demás documentos cuanto antes a: Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA.

**ENQUIRIES**

If you have any questions, please call the Department of Human Services direct (free of charge) on **900 951 547** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Spain.

If this service is not available call the Department of Human Services on **(+61 3) 6222 3455** (outside Australia) or **131 673** (inside Australia).

**Note:** Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

**PREGUNTAS**

Si tiene alguna pregunta, llame al Department of Human Services directamente (llamada gratuita) al **900 951 547** (de lunes a viernes, entre las 0800 y las 1700 horas del horario de Hobart).

Tal vez este servicio no esté disponible en todas las zonas de España.

Si el servicio no estuviera disponible llame al Department of Human Services al **(+61 3) 6222 3455** (desde fuera de Australia) o al **131 673** (desde Australia).

**Nota:** Estas llamadas se cobran. Las llamadas desde teléfonos celulares se pueden cobrar a una tarifa más elevada.